



Client name: \_\_\_\_\_

# CARE AND COUNSELING CENTER of Georgia

OFFERING HEALING, HOPE AND EDUCATION IN THE PASTORAL TRADITION

WWW.CCCGEORGIA.ORG

## AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR LA INFORMACIÓN

Autorizo a: Care & Counseling Center of Georgia  
Consejero: \_\_\_\_\_  
1814 Clairmont Road  
Decatur, GA 30033  
404-636-1457

Para divulgar a: Nombre \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_

Autorizo a: Nombre \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_

Para divulgar a: Care & Counseling Center of Georgia  
Consejero: \_\_\_\_\_  
1814 Clairmont Road  
Decatur, GA 30033  
404-636-1457

\_\_\_\_\_ Diagnóstico, servicios proveídos, fechas    \_\_\_\_\_ Información de pruebas psicológicas  
\_\_\_\_\_ Resumen del tratamiento    \_\_\_\_\_ Historia médica, examen físico  
\_\_\_\_\_ Reporte de la evaluación    \_\_\_\_\_ Otra \_\_\_\_\_

Esta información va a ser usada para mi evaluación tratamiento, seguimiento, y/o para determinar los beneficios que hay que pagar y las facturas para enviar a los seguros por su tratamiento.

Yo, por medio de este documento exonero a las partes arriba mencionadas de la culpabilidad que pueda resultar por el envío de la información que se divulga. Yo entiendo que puedo revocar este acuerdo en cualquier momento, excepto cuando ya se ha tomado una acción basada en esa información. En cualquier caso, este acuerdo expira a los 90 días después del último servicio proveído por Care & Counseling Center of Georgia.

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ Firma del cliente: \_\_\_\_\_

Firma del padre o representante legal: \_\_\_\_\_